FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Marcel JOUBERT

Né à Saint-Etienne de Montluc le 9 août 1901 (Loire-Inférieure)

LES OCCLUSIONS MÉCANIQUES PRÉCOCES D'ORIGINE APPENDICULAIRE ET LEUR TRAITEMENT

Président : M. LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA. . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentle
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT. .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER . . .	Clinique médicale.
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du trava les mutilés de guerre et les infirmes adulte
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En gage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. le Professeur LECÈNE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur GEORGES FAVREUL

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse qu'il veuille trouver ici nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, et l'assurance de notre respectueux dévouement.

A M. le Dr GAUDIN

Qui nous a fourni plusieurs de nos observations, en remerciement de ses précieux conseils.

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

MM. les Drs OLLIVE, GUILBAUD, ÉMILE BUREAU, BRELET, GOURDET, MAURICE BUREAU, PASQUEREAU, MOUTIER, LÉON SOURDILLE

Dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe ou l'interne.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL MARIN DE PEN BRON

MM. les Drs JAN KERGUISTEL, MÉRINE

A M. le Dr GEORGES DURBIN

Qu'il nous permette de lui exprimer ici toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée et pour ses précieux enseignements.

LES

OCCLUSIONS MÉCANIQUES PRÉCOCES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

ET LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Feuilletant les *Bulletins de la société de chirurgie de Paris* de 1924 nous avions lu avec un particulier intérêt le compte rendu de la discussion amorcée par Mathieu sur les occlusions mécaniques d'origine appendiculaire quand nous avons eu cette année l'heureuse fortune d'assister notre maître M. le Dr Favreul qui intervenait pour 2 cas de ces occlusions. Elles survenaient chez des malades récemment opérés pour appendicite aiguë et qui n'avaient pas encore quitté la clinique.

Une enquête près des chirurgiens des hôpitaux de Nantes nous a permis de réunir 10 observations de tels ileus; à ces cas inédits les comptes rendus ou communications des ces vingt-cinq dernières années nous ont permis d'ajouter 43 observations d'ileus mécaniques précoces.

A l'étude de ces cas nous avons été surpris de ce

fait que les auteurs ne distinguaient que peu ou pas les occlusions précoces des occlusions tardives. Elles nous semblaient pourtant mériter une description à part empruntant à leur proximité de la crise appendiculaire à l'infection encore persistante de la cavité péritonéale une anatomie pathologique, un mécanisme souvent spéciaux et surtout des indications thérapeutiques bien nettes et les différenciant des occlusions tardives.

Nous avons arbitrairement fixé la limite de notre étude aux seules occlusions survenant dans le mois qui a suivi la crise appendiculaire ou l'exérèse du vermium.

Ce sont ces occlusions précoces qu'à l'aide des 53 cas réunis nous avons cherché à étudier nous attachant à montrer leur anatomie pathologique spéciale, à définir les particularités de leur mécanisme et, de l'étude des résultats jusque-là obtenus, à dégager leur traitement et à en préciser les modalités.

HISTORIQUE

L'historique des occlusions mécaniques post-appendiculaires précoces se confond avec celle des occlusions tardives de même nature, nous traiterons donc brièvement ce chapitre.

Avant que l'appendicite ne fut connue comme entité morbide les premières observations rapportées sont celles d'ileus dus à l'appendice lui-même :

En 1873 Corivaud signale 2 cas d'étranglement par l'appendice.

En 1893 Chognon apporte 10 nouvelles observations.

A mesure que le retentissement de l'appendicite sur la séreuse péritonéale est mieux observé on rattache à leur cause véritable des occlusions par adhérences, brides, dont la genèse était jusque-là inconnue.

Les communications de Marion, Broca, Kirmisson, les thèses de Blanc, Carayon, Folliot, Grouew et Lamy cherchent alors surtout à dégager l'anatomie pathologique, à établir la pathogénie de l'affection et les occlusions post-appendiculaires mécaniques sont progressivement individualisées des occlusions par paralysie péritonitique.

A la suite des travaux de Kôrte (discussion à la

Société des chirurgiens de Berlin (1911) des articles de Lenormant (*Presse Médical*, juin 1911) de nombreuses observations sont publiées et la discussion amorcée par Mathieu (Société de chirurgie de Paris, 1924) vient, tout récemment encore, de remettre la question à l'ordre du jour.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Fréquence. Age. Date d'apparition

La *fréquence* des occlusions mécaniques d'origine appendiculaire est difficile à apprécier en raison des nombreux cas d'ileus paralytiques qu'englobent les statistiques. Bérard et Vignard de Lyon estiment que 50 % des cas d'occlusion post-appendiculaire relèvent de la paralysie péritonique.

Si nous rassemblons les statistiques publiées nous trouvons que :

Mac Williams sur 686 appendicites aiguës a observé 18 ileus mécaniques;

Beekman sur 500 appendicites aiguës a observé 34 ileus mécaniques;

Mac Neill Love sur 421 appendicites aiguës a observé 17 ileus mécaniques;

Savariaud sur 250 appendicites aiguës a observé 1 ileus mécanique;

Observations personnelles: sur 700 appendicites aiguës on a observé 10 ileus mécaniques.

Donc sur 2.558 appendicites aiguës on a pu voir apparaître 80 fois l'occlusion mécanique, soit dans un peu plus de 3 % des cas, chiffre relativement considérable.

Age. — Il s'agit en général de sujets jeunes, mais uniquement, croyons-nous, parce que l'appendicite est surtout l'apanage de l'enfance et de l'adolescence.

Date d'apparition. — La plupart de ces ileus mécaniques sont précoces (2/3 des cas environ apparaissent dans le mois qui suit la crise appendiculaire).

L'ileus peut se manifester au cours même de cette crise, les signes d'occlusion masquant alors parfois complètement le tableau clinique de l'appendicite dont le diagnostic ne peut être fait qu'à l'intervention.

Le plus souvent l'occlusion apparaît du 5e au 8e jour qui suit la crise appendiculaire ou l'appendicectomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La plupart des auteurs ayant surtout insisté sur les dispositions anatomo-pathologiques de l'occlusion nous ne rappellerons que rapidement les divers agents d'ileus observés nous réservant d'insister plus spécialement sur les caractères particuliers qu'ils présentent au cours de l'occlusion précoce.

Ces agents d'occlusion peuvent être :

1° *L'appendice lui-même* qui, au début de la crise, turgescent, allongé, son extrémité renflée en massue peut s'enrouler autour de l'intestin ou venir adhérer à la paroi ou à un organe quelconque de la cavité abdominale (mésentère, intestin grêle, gros intestin, trompes, etc.).

2° *La péritonite adhésive* qui, par la coagulation de l'exsudat péritonéal fibrineux, agglutine les anses soit entre elles, soit avec l'épiploon.

3° *Les abcès* limités par cette péritonite adhésive et contre lesquels les anses viennent se plaquer.

4° *Les brides, les adhérences* qui, une fois les foyers purulents évacués ou résorbés, peuvent en partie persister. Elles subissent alors la dégénérescence scléro-cicatricielle, mais au cours du mois qui suit la

crise appendiculaire cette dégénérescence n'a pas encore eu le temps de se produire et les brides et adhérences restent molles.

Elles sont, soit très courtes, larges, en éventail, soit longues : parfois simples tractus, d'autres fois du volume d'une plume d'oie. Elles peuvent fixer entre elles deux anses intestinales, fixer ces anses à la paroi abdominale ou aux parois du bassin, aux divers organes pelviens, créer des ponts sur lesquels l'intestin peut venir se couder ou sous lesquels il peut s'engager. Elles peuvent fixer un segment intestinal (surtout la portion terminale de l'iléon.

Ces brides et adhérences favorisées par le drainage et les mèches sont multiples et se voient surtout à la suite d'appendicites pelviennes.

Dans le mois qui suit la crise appendiculaire elles sont encore molles, ne pouvant par conséquent créer que des strictions modérées; elles sont septiques et les microbes qu'elles renferment, s'ils sont libérés, peuvent reprendre leur virulence, enfin, une fois le processus inflammatoire complètement éteint nombre d'entre elles peuvent se résorber.

5° *L'épiloon* qui, surtout dans les appendicites mésocœliaques peut être le siège d'une épiploïte lui faisant contracter des adhérences au péritoine pariétal, aux organes pelviens, etc.

L'étude des lésions anatomo-pathologiques des occlusions précoces que nous avons pu réunir nous montre que :

Dans 22 cas l'occlusion était due à des adhérences multiples avec agglutination des anses intestinales.

10 cas.	brides simples
5 cas.	appendice
3 cas.	volvulus
3 cas.	abcès

Dans les autres cas le chirurgien n'a pu observer la cause de l'ileus, s'étant contenté de pratiquer une simple iléostomie ou l'occlusion était due à des mécanismes spéciaux (ileus duplex, ligament iléal, etc.).

Le nombre relativement élevé des ileus relevant de l'appendice lui-même provient de ce que le vermium comme agent d'occlusion fut connu et cité bien avant les brides et les adhérences.

On voit donc que pratiquement les deux grandes causes d'occlusion précoce sont les adhérences multiples et agglutinations (50 % des cas) et des brides (25 %).

Ces adhérences et brides sont en général très nombreuses, molles, non encore organisées et microbiennes. L'anatomie pathologique des occlusions précoces diffère en ce point essentiellement de celle des occlusions tardives où Bérard et Vignard de Lyon ne rencontrent que dans 25 % des cas des adhérences, dans 50 % des brides mais moins nombreuses, dures, organisées, amicrobiennes.

MÉCANISME

Les agents d'occlusion que nous venons d'étudier peuvent agir sur l'intestin de diverses façons :

Les brides et adhérences de longueur suffisante peuvent créer des ponts sous lesquels l'intestin s'engage ou sur lesquels il vient se couder et subir une constriction par vive arête.

Les adhérences fixant un organe mobile comme les anses intestinales à un point fixe de la cavité abdominale ou à une autre anse peuvent produire une coudure de l'anse fixée ou même, s'il s'y joint une torsion autour du meso, un volvulus. C'est ainsi que la fixation de la partie terminale de l'iléon facilite la torsion du reste du grêle et que le cœcum, surtout lorsqu'il possède un long meso, peut se tordre sur lui-même quand il est fixé au niveau de son bas-fond par une bride ou par l'appendice adhérent.

Une bride plaquant une anse contre une des parois du bassin peut, par sa rétraction, comprimer cette anse. De même des fausses membranes englobant complètement l'intestin peuvent, en subissant la rétraction cicatricielle, provoquer une sténose du conduit. Mais il s'agit ici en général d'occlusions progressives et qui relèvent davantage des ileus tardifs que précoces.

Les agglutinations intestinales étendues créent des coudures en V en W gênant le cours des matières.

Des abcès adhérant aux anses, les fixent et agissent ainsi comme des adhérences banales, on a cité des cas d'abcès englobant complètement l'intestin et aplatissant sa lumière par la tension du pus qu'ils renferment.

Enfin, nous citerons des mécanismes plus rares ou même exceptionnels : l'appendice s'enroulant autour d'une anse et la serrant comme dans un nœud, des calculs stercoraux facteurs d'occlusion (cas de Jemtel d'Alençon), l'ileus du plex de Sampson Handley qui est dû à un état de gonflement et d'œdème de la paroi de l'intestin qui baigne dans le pus.

Remarquons enfin que souvent le mécanisme de l'occlusion est complexe, qu'on voit fréquemment coexister volvulus et coudures et que les foyers suppurés créent à leur niveau une paralysie péritonitique venant se surajouter à l'occlusion mécanique.

Si nous voyons nettement la cause efficiente de l'ileus mécanique, il est plus difficile d'en saisir la cause occasionnelle et d'expliquer comment des brides et des adhérences lâches peuvent produire des occlusions serrées, et comment l'entérostomie, opération uniquement palliative semble-t-il, ait suffi dans tous les cas où elle a été employée à rétablir le transit intestinal normal.

Cette cause devient très simple et éclaire la pathogénie de l'ileus mécanique précoce d'un nouveau jour si nous admettons que sur un intestin présentant

de nombreuses coudures l'ileus se produit par le mécanisme de l'engouement puis de l'étranglement herniaire. Une anse accolée en canon de fusil à l'anse sous-jacente présente au niveau de sa coudure un défilé où le transit intestinal est plus lent, plus défectueux du fait de la perte de calibre et du changement brusque de la direction du cours des matières. Qu'un brusque afflux de gaz ou de liquides stercoraux viennent augmenter la pression dans l'anse sus-jacente et de la distendre, le genou qui unissait les deux anses se coude à angle aigu, l'ileus est constitué.

L'occlusion ainsi créée n'a pas tendance à se lever d'elle-même, mais à se compléter par distention du segment intestinal sus-jacent qui, par la compression qu'il exerce dès lors sur les anses voisines, peut provoquer de nouvelles coudures au niveau de brides ou d'adhérences lâches. Les segments intermédiaires ainsi isolés se distendent pour leur propre compte et l'entérostomie pratiquée sur l'un d'eux n'amènera qu'un soulagement temporaire et ne réussira pas à lever l'occlusion (Marion, *Gazette des Hôpitaux*, 1900, deux de nos observations personnelles).

Si au contraire le segment intestinal supérieur seul est dilaté, l'entérostomie diminuant la pression dans ce segment fait cesser la coudure et permet le rétablissement du transit intestinal normal.

Les brides ou adhérences lâches et de récente formation qui avaient provoqué la position anormale de l'intestin vont pour la plupart se résorber, ce qui

explique que les nombreux malades traités par entérostomie et qui ont été suivis depuis n'ont jamais présenté de nouveaux phénomènes d'occlusion.

On voit que du fait des particularités de leur anatomie pathologique et de leur mécanisme les occlusions mécaniques précoces d'origine appendiculaire méritaient être distinguées des ileus tardifs. Ces particularités comportent des conclusions que nous tirerons du chapitre du traitement.

SYMPTOMATOLOGIE

L'occlusion peut éclater avant tout symptôme clinique d'appendicite.

Elle peut coexister avec la crise appendiculaire donnant à cette dernière une physionomie particulière.

Elle peut suivre la crise ou l'appendicectomie à quelques jours d'intervalle durant lesquels le malade a présenté un transit intestinal normal avec émission de gaz et de selles.

Les deux premiers cas sont rares. Le malade présente les symptômes de l'occlusion mécanique mais, fait capital, la température est élevée, le pouls d'emblée accéléré; en dehors même des contractions péristaltiques la fosse iliaque droite reste douloureuse, principalement au point de Mac Burney.

Si un tel complexus symptomatique permet de soupçonner l'origine appendiculaire de l'occlusion, le diagnostic devient trés délicat et pour ainsi dire impossible lorsque le malade ne présente aucune ou à peine une légère réaction thermique, qu'il n'attire pas particulièrement l'attention vers une douleur de la fosse iliaque droite, que la palpation profonde

si toutefois elle est possible ne révèle aucun empâtement de cette région.

Nous étudierons plus spécialement les cas où l'occlusion s'installe quelques jours après l'appendicectomie et qui viennent surprendre le chirurgien alors que son malade n'a pas encore quitté la clinique.

Les symptômes sont les mêmes, que la crise ait été refroidie, ou que l'exérèse du vermium ait été pratiquée.

Il s'agit en général d'un malade qui cinq ou six jours après une intervention pour appendicite aiguë est pris brusquement de douleurs abdominales violentes. L'opération avait été faite au 2e parfois même le 3e jour d'une appendicite sérieuse, les lésions étaient marquées, mais l'ouverture d'un abcès, l'appendicectomie, le drainage avaient fait rapidement baisser la température, et on était sans inquiétudes. Au 3e jour les drains avaient été enlevés, au 4e le malade, purgé, avait rendu des gaz et des matières. Parfois cependant il était resté sub-fébrile, la température rectale vespérale oscillant autour de 37°,8, ou agité.

Appelé près de ce malade le chirurgien voit bientôt s'installer tout le tableau clinique de l'occlusion mécanique de l'intestin.

Nous n'entreprendrons pas d'en brosser un tableau magistral, nous ne ferons que préciser quelques points particuliers aux occlusions d'origine appendiculaire.

Douleur. — Son début, bien que le plus souvent rapporté par le malade au creux épigastrique (plexus solaire) s'est parfois montré au niveau de la fosse iliaque droite. Cette douleur, d'abord localisée, se généralise bientôt. Elle survient par crises, accompagnant les mouvements péristaltiques. Elle peut diminuer progressivement mais sa cessation brusque est de mauvaise augure, relevant le plus souvent d'une perforation par gangrène de la zone intestinale stricturée.

Contractations péristaltiques. — Elles se dessinent en général nettement sur le ventre de ces malades amaigris, s'affaiblissent et finissent même par cesser à la période terminale.

Arrêt absolu des gaz et des matières.

Vomissements. — Ils apparaissent plus ou moins tôt suivant que l'obstacle siège plus ou moins haut sur le grêle ou plus ou moins bas sur le gros intestin. A l'approche de la mort ils peuvent cesser pour faire place à un hoquet pénible et persistant.

Ballonement. — Ce ballonnement se fait en deux ou trois jours. Si l'obstacle siège sur le grêle, le ventre pointe en avant, les flancs sont affaissés; ils sont sonores et tendus dans les occlusions du gros intestin.

La percussion peut montrer dans les flancs une submatité due à un épanchement sérohématique provenant des anses intestinales étranglées.

La palpation, au début du moins et si elle n'est pas trop douloureuse, peut laisser percevoir un em-

pâtement qui serait un excellent signe du siège de l'occlusion.

La température est nulle ou ne dépasse pas 38°.

Si le malade n'est pas opéré, les vomissements continuent, devenant porracés, fécaloïdes, le facies se péritonise, le pouls augmente de fréquence, devient petit, filiforme, la malade succombe.

Telle est la forme de l'occlusion aiguë de diagnostic facile. Parfois les accidents se manifestent avec beaucoup moins de netteté. Le début par douleurs brusques et violentes peut manquer, les contractions péristaltiques sur un intestin atone peuvent être très peu marquées rendant très difficile le diagnostic avec l'occlusion paralytique. Enfin il peut exister, très rarement il est vrai dans les occlusions précoces, des formes chroniques où, aux symptômes de l'occlusion franche se substituent ceux de l'obstruction intestinale : vagues douleurs, état dyspeptique, constipation qui s'accentue mais n'arrive que tardivement à l'arrêt des gaz.

ÉVOLUTION-PRONOSTIC

Si une intervention ne vient pas rétablir le cours des matières ou parer à la stercorémie par un anus de dérivation, l'évolution est celle de tout ilcus mécanique vers l'adynamie et la mort. Cette évolution peut être hâtée par le sphacèle de l'intestin au niveau du point stricturé, la perforation et la péritonite consécutives.

Le pronostic est donc fatal et nous ne retiendrons pas l'observation exceptionnelle que nous rapportons où l'occlusion a cédé à un traitement médical. L'intervention améliore singulièrement le pronostic mais dans les cas que nous avons relevés dans la littérature la mortalité reste élevée (50 %).

Le pronostic est, semble-t-il, d'autant moins défavorable que :

1° L'occlusion a éclaté plus tardivement ;

2° Quelle est due à une bride ou un obstacle unique et facilement levable;

3° Que le diagnostic est fait plus rapidement et le traitement plus précoce.

Le pronostic doit également tenir compte des petits moyens médicaux intempestifs employés; à ce point de vue les purges, les lavements électriques sont par-

ticulièrement désastreux. Il faudra tenir compte également de l'opportunité du traitement chirurgical mis en œuvre et nous dirons du chapitre du traitement quels sont les résultats qu'on est en droit d'espérer.

DIAGNOSTIC

Ce diagnostic doit procéder par étapes et établir successivement :

1° La réalité d'une occlusion intestinale;

2° Sa nature mécanique, paralytique;

3° Sa cause;

4° Son siège;

Réalité d'une occlusion intestinale. — Il faut penser à éliminer tous les syndromes douloureux de l'abdomen et dans le cas qui nous occupe penser surtout à la colique hépatique, la colique de plomb surtout dans sa forme de typhlalgie saturnine. Chez les enfants éliminer de simples coliques, l'helminthiase, la méningite, l'invagination intestinale. Celle-ci se constitue plus lentement avec arrêt moins complet des gaz et des matières et selles sanglantes.

Nature mécanique ou paralytique de l'occlusion. — Le diagnostic de la nature de l'ileus est de difficulté bien différente suivant que l'arrêt des gaz et des matières est survenu brusquement après un intervalle de transit intestinal normal, que les douleurs sont violentes, les contractions péristaltiques bien visibles inscrivant pour ainsi dire le diagnostic sur le ventre du malade.

Toute autre est la difficulté lorsqu'à la suite de l'opération le malade est resté sub-fébrile, que l'occlu-

sion s'installe insidieusement, sans fracas, aussitôt la crise ou l'exérèse de l'appendice. S'agit-il d'une occlusion mécanique à symptômes frustes, ou doit-on attribuer l'occlusion à une paralysie due à la formation d'un nouveau foyer ou à la diffusion de la péritonite.

Ce diagnostic différentiel peut être basé sur un certain nombre de symptômes que nous résumons dans le tableau suivant :

Occlusion mécanique.	*Occlusion paralytique.*
Survient cinq à six jours après l'opération.	Survient à la période aiguë.
Pas de température en général (mais il existe des occlusions mécaniques avec 39°).	Température élevée (mais il existe des ileus paralytiques hypothermiques.
Crises douloureuses.	Douleur abdominale plus fixe, généralisée ou locale mais constante.
La paroi est restée plus souple.	Paroi de bois. Œdème de cette paroi.
	Météorisme plus accentué constipation moins absolue, vomissements porracés et moins souvent fecaloïdes (Duplay).
Péristaltisme.	Le cul-de-sac de Douglas est douloureux.

Chacun de ces signes, à l'exception du péristaltisme qui est pathognomonique n'a pas grosse valeur s'il est trouvé isolé mais leur réunion peut trancher le diagnostic.

Nous ne citerons que pour mémoire les moyens de laboratoire dont ne fera jamais usage le chirurgien désirant un diagnostic rapide et pressé de porter secours à son malade.

Le seul signe de laboratoire constant d'après Vignaud est l'examen du sang qui montre dans les cas de péritonite un retard dans la coagulation et un reticulum fibrineux plus dense avec augmentation du nombre des leucocytes.

Cause de l'occlusion. — Nous avons vu combien le diagnostic de la cause pouvait être délicat surtout s'il s'agit d'une occlusion masquant le tableau clinique de l'appendicite ou survenant au cours de la crise appendiculaire. Souvent alors, en l'absence de température, seule la notion de crises appendiculaires antérieures, d'endolorissement plus ou moins continu de la fosse iliaque droite, pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Si, en cas d'occlusion tardive, le diagnostic étiologique est difficile, il s'impose presque dans les occlusions précoces, le rapport de cause à effet entre l'ileus et la crise appendiculaire devenant net.

On éliminera donc rapidement les hernies internes étranglées, l'ileus par le diverticule de Meckel. Au reste, ces disgnostics différentiels ne reposent que sur des subtilités que l'expérience et la clinique se char-

gent de juger. Le diagnostic de la nature de l'agent d'occlusion (brides ou adhérences, volvulus) est aussi hors des possibilités de la clinique, ces adhérences pouvant d'ailleurs être dues à une affection autre que l'appendicite (salpingite, tuberculose péritonéale etc.).

Siège de l'occlusion. — Le diagnostic du siège de l'occlusion serait d'un tout autre intérêt :

Nous citerons en faveur de l'occlusion du grêle : les vomissements précoces, vite fécaloïdes, les flancs plats, le ventre globuleux, saillant à la partie moyenne (Laugier), l'épanchement séro-hématique que l'on peut percuter dans les flancs (signe de Gangolphe). La palpation précoce pourrait montrer la résistance d'une anse étranglée. L'absence de vomissements fecaloïdes avec signes d'occlusion grave indiquerait un obstacle haut situé.

Au cours de l'occlusion du gros instestin on observe plutôt des symptômes d'occlusion chronique : les vomissements sont plus tardivement fecaloïdes. Si les flancs sont ballonés (distension en cadre de Laugier) l'obstacle siège sur l'anse sigmoïde ou le rectum. Si le flanc droit seul est élargi, l'obstacle siège sur le transverse.

On doit faire le toucher rectal et on peut administrer un entéroclyse qui pourrait indiquer approximativement par le volume toléré le siège de l'occlusion.

Avouons que ce diagnostic du siège « basé sur l'analyse minutieuse et subtile de certains symptômes » est infirmé par l'observation de chaque instant. (Duplay).

Le diagnostic du siège de l'occlusion, non plus en hauteur sur l'intestin mais dans la cavité abdominale est encore plus difficile, et rares sont les cas où le siège net du début de la douleur, un empâtement que la palpation permet de sentir, un nouveau foyer suppuré apparu à distance et coïncidant avec l'apparition de l'occlusion peuvent faire présumer ce siège.

TRAITEMENT

C'est à ce chapitre que nous voulons particulièrement nous attarder. Les discussions sur la thérapeutique des occlusions mécaniques d'origine appendiculaire n'ont pas tenu suffisamment compte, à notre avis, des différences qui séparent les occlusions précoces des occlusions tardives, et tous les traitements préconisés visent à la fois les deux variétés. Or les occlusions tardives se comportent comme des occlusions banales, seules les occlusions précoces affirment vraiment leur origine appendiculaire.

Nous sommes d'accord avec les auteurs pour reconnaître qu'au cours de l'occlusion tardive la laparotomie, et la laparotomie médiane s'impose : on ne connaît souvent pas la cause vraie de l'occlusion, la cavité péritonéale n'est sûrement pas septique, les adhérences sont organisées, cicatricielles, dures et ne se résorberont pas. Si on a pu soupçonner l'appendicite, cause de l'occlusion présente, le chirurgien qui n'a pas assisté à la crise première ne sait s'il y a eu des abcès à gauche et s'il ne trouvera pas des adhérences loin du foyer appendiculaire. Enfin les brides sont fréquentes, en général uniques et l'occlusion sera facile à lever.

Il en est tout autrement dans les occlusions précoces. Nous avons montré :

1° Que dans 50 % des cas les occlusions précoces étaient dues à des adhérences multiples ou à des agglutinations.

2° Que brides et adhérences se résorbaient très fréquemment.

3° Qu'elles étaient lâches, ne comprimant donc que mollement l'intestin et que l'occlusion s'expliquait très facilement par le mécanisme de l'étranglement herniaire.

4° Nous rappelons que ces occlusions précoces se produisent chez un malade intoxiqué par sa crise appendiculaire récente, en état de moindre résistance du fait de la diète qu'il a du subir et de l'appendicectomie. Un tel malade supportera donc difficilement un shock opératoire grave.

5° Enfin l'occlusion précoce se fait dans une cavité péritonéale encore septique. La libération des anses peut délacérer des adhérences encore microbiennes, ouvrir de petits abcès résiduels. On ouvre les écluses au pus, et de tels malades, s'ils résistent au shock opératoire, meurent très rapidement de péritonite hyperseptique.

C'est de ces caractères bien différenciés de l'occlusion précoce que découle son traitement.

Nous examinerons successivement les cas 1° où l'occlusion accompagne la crise appendiculaire; 2° la conduite à tenir lorsqu'on opère une appendicite à chaud pour parer à un ileus éventuel; 3° le cas le plus fré-

quent, où le malade opéré depuis cinq ou six jours est pris brusquement d'accidents d'occlusion.

1° *L'occlusion accompagne la crise d'appendicite.* — Il faut immmédiatement ouvrir largement la fosse iliaque droite, pratiquer si possible l'appendicectomie, ouvrir les abcès, drainer largement, les drains passant de préférence en dehors et en arrière du cœcum, faire un examen minutieux de la région appendiculaire et si on voit une anse dilatée, se guider sur cette anse, aller à l'obstacle et s'efforcer de le lever. Si l'occlusion était due à une compression par abcès, le fait seul de donner issue au pus et de supprimer la paralysie péritonique qui a pu se surajouter à l'occlusion mécanique suffit à rétablir le transit intestinal normal.

2° *Traitement prophylactique de l'occlusion chez un malade opéré pour appendicite à chaud.* — S'il s'agit par exemple d'une appendite pelvienne opérée tardivement et qu'on suspecte une occlusion possible il faut d'abord pratiquer l'appendicectomie. Puis, suivant le conseil de Lardennois, Mathieu, Rayner, on s'imposera comme règle d'examiner les 20 ou 30 derniers centimètres du grêle et le côlon ascendant, de libérer prudemment et méthodiquement les adhérences qui peuvent s'y rencontrer, de détacher soigneusement l'iléon s'il est fixé.

3° *Les cas d'occlusion coexistant avec la crise appendiculaire* et les motifs qu'on peut avoir de redouter une occlusion sont rares, par contre c'est chez un malade opéré depuis plusieurs jours déjà que

le chirurgien sera, dans l'immense majorité des cas, appelé à intervenir.

Tous les auteurs sont d'accord sur un certain nombre de points : ne pas s'attarder aux petits moyens médicaux (compresses chaudes, glace, calmants, lavages d'estomac, entéroclyses (proscrire formellement la purge et surtout le lavement électrique pouvant amener la chute d'une plaque de sphacèle au niveau de la coudure ou de la striction. Il faut intervenir chirurgicalement et le plus tôt possible, le pronostic étant d'autant meilleur que l'intervention aura été plus précoce.

Moins pessimistes que Marion qui écrivait en 1900 que la laparotomie était le seul traitement mais que les adhérences étant généralisées, elle ne pourrait en général rien pour sauver le malade, les chirurgiens, au cours de ces vingt-cinq dernières années sont intervenus au cours des occlusions mécaniques précoces et assez souvent avec succès puisque les statistiques relèvent 50 % de guérisons.

Deux ordres d'opérations peuvent être proposés : laparotomie avec recherche et levée de l'obstacle, ou une opération parant d'urgence à la stercorémie, l'entérostomie.

Certains chirurgiens prennent nettement parti.

Lenormant écrit *(Presse Médicale*, 24 juin 1911) :

« L'entérostomie doit être formellement proscrite quand on a affaire à une occlusion mécanique par bride ou adhérence... l'indication absolue est de lever l'obstacle, de sectionner la bride ou de libérer l'intes

tin adhérent et coudé. Cette libération peut être difficile mais est indispensable... L'entérostomie ne peut trouver sa place que comme opération complémentaire destinée à assurer une évacuation rapide du contenu toxique de l'intestin, elle se fait sur le cœcum. »

D'autres sont plus éclectiques.

Mathieu, tout en jugeant préférable de recourir à la laparotomie et de chercher à libérer les adhérences, à sectionner les brides, reconnaît que, parfois, la gravité de l'état général, la distension extrême des anses peut nécessiter d'emblée la création d'une fistule intestinale. Avec lui Sauvé, Alglave, Auvray, Chichko de Saint-Pétersbourg, Gaudin (*Thèse Paris*, 1913) recommandent tous la laparatomie, ne recourant à l'entérostomie que dans les cas désespérés.

D'autres auteurs enfin, tout en reconnaissant l'excellence de la laparotomie, remarquent qu'elle constitue une opération shockante sur un malade forcément affaibli, surtout si elle s'accompagne d'éviscération. Ils lui préfèrent donc souvent l'entérostomie (Harrigan, de New-York, Rayner, de Manchester; Oudard, de Toulon).

Si l'on a recours à la laparotomie l'incision peut être médiane (Mathieu, Auvray, Sauvé, Gaudin *in thèse*) ou l'exploration de l'abdomen peut être faite par la plaie appendiculaire. La laparotomie médiane est plus shockante, la laparotomie latérale risque moins d'infecter la grande cavité, mais parfois ne donne pas un jour suffisant sur une bride ou des

adhérences éloignées. Dans les occlusions précoces, et si l'infection est restée uniquement limitée à la fosse iliaque droite, l'incision de Jalaguier agrandie que préconise Bérard de Lyon permettrait d'atteindre plus facilement le siège de l'occlusion. La laparotomie médiane, pratiquée pour des 2 occlusions que nous rapportons, n'a permis de libérer qu'avec beaucoup de peine les anses agglutinées et adhérentes à la fosse iliaque droite.

Le ventre ouvert il faut rechercher l'obstacle, pour cela aller directement du cœcum qui servira de point de repère, l'obstacle siège là où la distension s'arrête. Plus il est bas situé et plus l'opération est difficile en raison de la dilatation intestinale. Si l'on est contraint de pratiquer l'éviscération, les anses doivent être soigneusement maintenues sous des compresses imbibées de sérum chaud. Il faut ensuite lever l'obstacle : la section d'une bride, la libération d'une coudure, la reposition d'un volvulus sont les opérations les plus simples, mais non toujours cependant suivies de guérison. Outre le shock opératoire qui peut emporter le malade dans les heures qui suivent l'intervention, la mort pourrait survenir par accidents d'ordre infectieux ou toxique dus à ce que le contenu extrêmement septique du segment dilaté passe brusquement dans le segment sous-jacent aplati et prêt à une absorption très rapide. Certains chirurgiens malgré les risques d'infection péritonéale conseillent alors de procéder avant de lever l'obstacle à la ponction des anses distendues.

S'il existe des adhérences nombreuses, on peut tenter de les libérer, du doigt, à la compresse, en prenant soin de veiller aux déchirures des anses et de tout repéritoniser. Si cette libération est impossible on pourra avoir recours à l'exclusion uni ou bilatérale, à l'entérectomie, à l'anastomose entre la dernière anse grêle dilatée et un segment perméable sous-jacent, le plus souvent côlon ascendant ou transverse. Ces iléocolostomies doivent être faites de type antipéristaltique pour éviter de couder l'iléon et de produire des troubles de la circulation du mésentère.

Si le malade est trop shocké pour supporter une intervention d'une certaine durée on peut pratiquer une iléostomie rapide, le cours des matières étant rétabli dans une laparatomie secondaire, le malade étant désintoxiqué et pouvant alors être opéré « à froid » suivant l'heureuse expression de Tuffier.

Nous avons exposé tous les traitements préconisés, voyons avec quels résultats ils ont été appliqués :

Laparotomie, dissociation d'anses. Ou section de brides nombreuses	19 morts 4 guérisons
Section d'une bride, d'une adhérence, ou opération simple telle que reposition d'une anse coudée, d'un volvulus.	mort 0 12 guérisons
Résection intestinale.	4 morts guérison 0
Iléocolostomie.	2 morts 1 guérison

Simple entérostomie, sans qu'aucune autre opération de dérivation ait été pratiquée par la suite.	1 mort (anus trop tardif) 12 guérisons

On voit de suite que si la laparotomie reste un bon procédé quand il s'agit d'une opération simple (section d'une bride, d'une adhérence) dès qu'on veut entreprendre la libération des anses elle devient très meurtrière (19 morts, 4 guérisons). Ces guérisons ne se produisent pas d'ailleurs sans aléas, car, outre les dangers immédiats de la libération (longueur du temps opératoire, éviscération totale, hémorragies et déchirures de l'intestin), la péritonisation, étant très difficultueuse ou même impossible il n'est pas douteux que ces adhérences puissent se reformer. Un cas de Delbet rapporté au congrès de chirurgie de 1903 est à cet égard très significatif. Il s'agissait d'un cas d'occlusion tardive, où après une longue et difficile libération, il ne put repéritoniser, les adhérences se reformèrent et on vit éclater plus tard de nouvelles crises d'occlusion.

De plus à la suite de ces libérations d'adhérences microbiennes on peut voir éclater une péritonite hypertoxique emportant le malade dans les quarante-huit heures qui suivent l'intervention. Sur les observations que nous avons relevées, 3 morts étaient dues a ce mécanisme.

En résumé, chez un malade qui est affaibli par une diète prolongée, mis en état de moindre résistance par

la crise appendiculaire qu'il vient de subir, dans une cavité abdominale encore septique, il est particulièrement dangereux d'entreprendre une opération longue et difficile.

Les statistiques sont à ce sujet éloquentes :

Dissociations d'anses, résections intestinales, entéro-anathomoses.	morts	25	84 %
	guérisons	5	16 %
Or si nous étudions les résultats comparés de l'entérostomie nous trouvons :	mort		17 %
	guérisons	12	93 %

Dans tous les autres cas où il y a eu opération simple (section d'une bride par exemple) les malades ont guéri. Si, dans ces cas, à la laparotomie avait été substituée l'entérostomie, il n'y a pas de raison pour que cette opération n'ait pas donné, là aussi, de résultats immédiats très favorables. Nous pouvons donc d'ores et déjà conclure que : lorsqu'en raison du bon état général du malade on a cru pouvoir pratiquer la laparotomie et que celle-ci montre des lésions étendues il faut absolument proscrire les résections nombreuses d'adhérences, les libérations, les entérectomies. Tout au plus pourrait-on tenter dans les cas favorables une entéro-anastomose, mais le plus sûr et le meilleur est de refermer le ventre et de pratiquer une entérostomie. Si l'état général est déficitaire, entérostomie d'emblée. Tel est l'avis d'Oudard, de Toulon « La dérivation externe pare du grand danger et le malade

peut subir ultérieurement une opération complexe, presque sans risques ».

L'entérostomie pare ainsi à la stercorémie, elle devient ainsi une opération palliative, mais théoriquement non radicale puisque l'occlusion n'a pas été levée. Or dans tous les cas d'iléostomie que nous avons notés le cours des matières s'est rétabli de lui-même dans les jours qui ont suivi l'établissement de la fistule. Ce fait a été déjà constaté par Mathieu lui-même qui reconnaît que : « Très souvent le cours des matières se rétablit après entérostomie. »

Ce fait de l'iléostomie opération curative s'accorde bien avec un mécanisme de l'occlusion analogue à celui de l'étranglement herniaire. La fistule venant diminuer l'hypertension dans l'anse sus-jacente fait cesser la coudure et les matières reprennent leur cours. De plus les brides et adhérences de l'occlusion précoce ne sont pas définitives mais vont pour la plupart se résorber, ce qui explique que tous nos malades, dont plusieurs sont suivis depuis plus de deux ans, n'aient présenté aucune autre manifestation d'occlusion.

Le reproche qu'on pourrait faire à l'entérostomie de laisser persister des brides dans l'abdomen peut s'adresser à toutes les laparotomies du cours desquelles on ne peut prétendre libérer toutes les adhérences. Celles-ci, nous l'avons montré, peuvent d'ailleurs se reformer et nombreux sont les malades porteurs d'adhérences par salpingite ou péritonite qacillaire chez qui on ne songe pas à entreprendre

une laparotomie pour supprimer ces facteurs possibles d'occlusion.

Un reproche plus valable pouvant être fait à l'entérostomie est de ne pas permettre l'examen de la portion intestinale coudée ou stricturée. Nous avons vu que l'entérostomie faisait cesser la striction ou la coudure; il n'en reste pas moins vrai qu'il peut parfois persister là un danger de péritonite par perforation, mais tellement exceptionnel que devant l'excellence des résultats qu'elle fournit, il ne peut être une contre-indication à l'établissement de la fistule.

La technique de l'entérostomie est simple, elle devra être autant que possible pratiquée sur la portion terminale de l'iléon; dans la pratique on est souvent obligé de prendre la 1re anse dilatée qui se présente. La fistule étant temporaire, on peut, pour éviter une entérorraphie secondaire, fixer l'anse au péritoine seul par un surjet en bourse bien étanche avec deux points d'arrêt aux extrémités d'un même diamètre. On ne fixe pas aux muscles et à la peau. L'intestin est ponctionné au bistouri entre deux pinces de Tuffier et par l'orifice ainsi pratiqué on glisse une sonde de Nélaton que l'on fixe à la peau. Les risques de contamination du péritoine sont ainsi diminués et la sonde arrivant dans un urinal on peut surveiller facilement l'évacuation intestinale. L'anus ainsi pratiqué se ferme en général de lui-même.

La fistule peut être faite soit en désunissant la cicatrice appendiculaire, soit en passant par la ligne

médiane où elle est particulièrement facile en raison de l'absence des muscles.

Il peut arriver que l'intestin ait été divisé par des brides ou des coudures successives en une série de segments isolés s'étant distendus pour leur propre compte. L'anus peut porter sur un de ces segments qui se vide, mais malgré un soulagement temporaire l'occlusion persiste. Doit-on alors recourir rapidement à une laparotomie exploratrice ou insister et pratiquer 1, même 2 nouveaux anus. Cette dernière technique a réussi dans deux des observations inédites que nous rapportons. Peut-être devons-nous simplement les considérer comme des cas heureux.

OBSERVATIONS

Obs. I. (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Favreul (*in extenso*).

Mlle G..., 18 ans. Je suis appelé auprès de cette jeune fille pour une crise d'appendicite datant de trois jours. Au début la crise semblait devoir s'amender, mais, la douleur persistant et la température augmentant, on me prie de voir la malade. Il s'agit d'une appendicite aiguë très nette avec résistance très marquée et étendue à toute la fosse iliaque droite, sans empâtement. La température est à 38°5, le pouls est bon, l'état général satisfaisant. Je revois la malade le lendemain, l'état est stationnaire mais la température s'est élevée. Une intervention est décidée.

Anesthésie au chloroforme. Incision de Roux. A l'ouverture de la cavité péritonéale pas de pus, mais, en décollant le cœcum, on ouvre une abondante collection. L'appendice sphacélé est enlevé, drainage.

Les jours suivants la température commence à baisser, la douleur diminue, et tout semble devoir évoluer normalement. Mais au 5e jour nouvelle ascension de la température à 38°4, la malade recommence à souffrir du côté gauche, en dehors de l'ombilic; à ce niveau il y a de la douleur et de la résistance. Un nouveau foyer se forme : glace sur le ventre. Quelques jours après le foyer s'évacue de lui-même par la plaie appendiculaire, et les phénomènes s'amendent. La suppuration persiste sans fièvre environ quinze jours et la malade semblait

en voie de guérison, quand, brusquement, au matin, elle est prise de coliques siégeant surtout autour de l'ombilic avec vomissements.

Je la vois dans l'après-midi : l'état général est très touché, la voix est faible, les traits tirés, le pouls petit et rapide, la température normale. Contractions péristaltiques. Il s'agit d'une occlusion haut située, à marche rapide. Une intervention est décidée immédiatement.

Chloroforme. On fait une laparotomie médiane. Un foyer suppuré est ouvert au niveau de l'ombilic et on trouve là un magmas d'anses grêles agglutinées. On se préparait à lever l'obstacle quand la malade cessa de respirer et succomba sur la table d'opération.

Obs. II (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Favreul (*in extenso*).

Le 23 mars 1925, j'opère Mme B..., âgée de 25 ans pour appendicite aigue datant de quarante-huit heures. Température 38°5. Incision de Roux. Appendice rétro-coccal, très adhérent de la pointe qui est sphacélée avec autour un foyer suppuré. Le drainage est assuré par un drain et 3 mèches. Les mèches sont enlevées le 3e jour, le drain le 5e jour. La plaie suppure mais le ventre est souple. La température baisse progressivement mais reste aux environs de 38°. La malade a été à la selle.

Le 9e jour, elle est prise dans la nuit de douleurs abdominales avec vomissements et chute de la température. Le lendemain les vomissements persistent, le ventre est un peu contracturé; sous l'influence de la glace les vomissements cessent pendant quarante-huit heures. Etant absent, je ne vois la malade que deux jours après, les vomissements ont repris, bilieux, abondants. Le ventre est souple, mais on voit

les anses intestinales se dessiner sur la peau, l'état général est encore bon, mais le pouls un peu irrégulier. Il s'agit donc d'une occlusion à marche assez lente.

Une intervention est pratiquée immédiatement. Laparotomie médiane. On tombe sur un grêle énormément distendu. Pour faciliter les manœuvres une anse est ponctionnée et vidée : en approchant de la fin de l'iléon on trouve quelques anses agglutinées que l'on sépare facilement, mais l'obstacle principal siège sur la fin du grêle. La portion terminale de l'iléon est coudée sur le détroit supérieur, aplatie, adhérente en dessous à la paroi du petit bassin, ce qui maintient la coudure à angle aigu. On la décolle de la paroi. Fermeture de la paroi; un drain. La malade meurt le lendemain matin.

Obs. III (inédite) due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

En 1921, Juliette C..., 13 ans m'est adressée pour péritonite appendiculaire. Les accidents ont débuté trois jours au paravant. A l'entrée à la clinique température 39°, pouls 140, défense généralisée de l'abdomen. Malade très intoxiquée.

Intervention : on résèque un appendice gangréné et perforé. Drainage du petit bassin et de la fosse iliaque. Les suites opératoires sont bonnes, la température tombe, la malade va à la selle le 3e jour, les drains sont enlevés le 4e, la plaie évolue vers la cicatrisation normale.

Dans la journée du 10e jour après l'intervention, douleurs abdominales très violentes, paroxystiques, survenant brusquement. La malade est tenue en observation-morphine. La nuit est plus calme, mais le lendemain matin les douleurs réapparaissent avec autant d'intensité. Aucun gaz. Les selles sont supprimées, à la fin de la journée vomissements bilieux. Pouls 130, température normale. L'examen de l'abdomen

montre sous la paroi très amaigrie le péristaltisme des anses intestinales.

Le diagnostic d'ileus mécanique est net et, en raison de l'état précaire de la malade, on pratique à la locale sur la première anse grêle qui se présente une fistule stercorale médiane, sous-ombilicale.

Débâcle abondante de liquide stercoral par la sonde de Nélaton placée dans la fistule. Le lendemain matin l'état général s'est considérablement amélioré, les coliques ont complètement cessé. Pendant les jours suivants évacuation abondante par la fistule.

Au 4e jour une selle normale par le rectum. Dès lors le transit intestinal est normal. Au bout de un mois et demi la fistule s'est spontanément oblitérée. La malade revue plusieurs années après n'a jamais présenté aucun symptôme d'occlusion et a un fonctionnement intestinal parfait.

Obs. IV (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée). — En juillet 1925, entre à la clinique Rivet une jeune fille de 23 ans, pour appendicite aigue. Les premiers accidents datent de trois jours. Température 39°, pouls 120.

Intervention d'urgence. Phlegmon stercoral bien limité avec un calcul dans le foyer. On pratique l'appendicectomie. Drainage de la fosse iliaque, les drains sont retirés au 5e jour.

Les suites opératoires sont très simples quand au 15e jour la malade est prise brusquement de coliques violentes, très douloureuses, arrêt des gaz. La morphine, la belladone, les compresses chaudes ne soulagent que momentanément la malade qui hurle. Les lavements vident simplement le bout inférieur de l'intestin mais n'amènent aucune amélioration. Le 18e jour les douleurs sont toujours violentes, des vomissements apparaissent, le ventre est balloné. Contractions péris-

taltiques, une fistule sous-ombilicales médiane est pratiquée à la locale, évacuation de liquide stercoral abondant.

Au 20e jour selle spontanée. Les matières reprennent dès lors leur cours normal, au bout d'un mois la fistule est tarie et la malade quitte la clinique.

Obs. V (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

Jeune garçon de 10 ans. Deux jours avant son entrée à la clinique crise d'appendicite aiguë, à son arrivée température 38°3, pouls 120.

Appendicectomie d'urgence. On trouve un phlegmon péricœcal bien circonscrit, drainage de la fosse iliaque. Evolution normale vers la guérison, les drains sont retirés au 2e jour.

Cinq jours après l'intervention coliques répétées, pas de gaz ni de matières dans la journée ni le lendemain. On prescrit de la belladone qui calme les douleurs pendant ces quarante-huit premières heures. Au 3e jour aucune évacuation ne s'étant produite et le lavement ne fait que vider le bout inférieur de l'intestin, pouls à 128, température normale, le ventre est légèrement balloné, on aperçoit des contractions péristaltiques de l'intestin. On se décide à intervenir.

Le matin, sous anesthésie générale, en passant par la plaie appendiculaire, fistule stercorale sur l'iléon. Evacuation par cette fistule de quelques gaz et de matières puis arrêt complet.

Le soir même, sous anesthésie locale, nouvelle fistule sous-ombilicale médiane, sur la 1re anse distendue qui se présente. Evacuation abondante de liquide stercoral. Les jours suivants amélioration nette de l'état général. Au 5e jour quelques gaz par l'anus, au 6e jour selle par le rectum. Au bout

de trois semaines la fistule est tarie, le petit malade quitte la clinique avec un fonctionnement intestinal parfait.

Obs. VI (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

En 1924, Sœur X..., 23 ans est adressée à la clinique pour appendicite aiguë, les phénomènes datent de vingt-quatre heures à peine, température 38°4, pouls 112, appendicectomie d'urgence. L'appendice est congestionné, gros, œdématié. Léger liquide dans le petit bassin. Enfouissement, pas de drainage.

Pendant les huit jours qui suivent l'opération, à part une légère agitation, évolution normale vers la guérison, une selle spontanée au 3e jour.

Au 8e jour la malade est prise de douleurs violentes dans le ventre, sub-intrantes, avec arrêt des gaz et des matières, le pouls qui était normal s'accélère. Un lavement ne fait que vider le bout inférieur. Malgré la belladone les coliques persistent accompagnées toute la nuit de vomissements bilieux. Le lendemain matin ventre ballonné sur lequel se dessinent les contractions péristaltiques des anses, pouls 130, l'état général est mauvais. Au niveau de la cicatrice on pratique une entérostomie sur la 1re anse qu'on trouve dilatée. Amélioration légère, toute la journée et toute la nuit la sonde donne quelques gaz et du liquide stercoral. Le lendemain arrêt brusque de cette évacuation et les phénomènes d'occlusion réapparaissent, nouvelle fistule, cette fois pratiquée sur la ligne médiane. L'anse fixée se vide puis la fistule se tarit. Le soir, aucun changement, les 2 fistules pratiquées sont taries. L'état précaire de la malade contre-indique toute laparotomie exploratrice.

On pratique une 3e fistule à gauche, sur une anse grêle

bien distendue, évacuation abondante qui continue les jours suivants, mais, dès le lendemain, selle spontanée par l'anus.

Au bout d'un mois les 3 fistules sont cicatrisées. La malade qui est sœur infirmière est suivie depuis deux ans et n'a jamais depuis présenté aucun trouble du fonctionnement intestinal.

Obs. VII (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

Mlle J..., 25 ans, entre en décembre 1923 à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour appendicite subaiguë. Appendicectomie, ni drainage ni enfouissement. Les suites opératoires sont normales, la malade est purgée le 4e jour et va à la selle.

Huit jours après l'intervention, brusquement, coliques violentes. Tous les calmants restent sans grand effet. Dans la journée les signes d'occlusion mécanique se précisent. Le lendemain matin laparotomie médiane. On constate une torsion complète d'un tour et demi du segment iléo-cœcal. Le cœcum était distendu et présentait au niveau de son bas-fond le moignon appendiculaire vert et sphacélé. Le segment iléo-cœcal détordu les matières reprennent leur cours. Résection d'une bride lâche allant de la portion moyenne du côlon ascendant à la paroi et autour de laquelle s'était produit le volvulus, fermeture sans drainage, suites opératoires simples.

Le cœcum était flottant, la cœcoplicature n'a pas été pratiquée au cours de l'intervention pour ne pas allonger le temps opératoire.

La malade qui a été suivie a présenté depuis deux petites crises douloureuses (?) au niveau de la fosse iliaque droite, mais sans phénomènes d'occlusion.

Obs. VIII (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

M. Henri C..., opéré d'urgence pour appendicite aiguë, datant de trois jours, température 38°7, pouls 130 tout le ventre est de bois.

Anesthésie au mélange de Schleich, appendicectomie on trouve une perforation en péritoine libre de l'appendice, drainage du petit bassin et de la fosse iliaque. Les suites opératoires sont relativement bonnes, les drains retirés au 3e jour, purge le 4e jour et le malade va à la selle.

Cependant depuis l'intervention léger mouvement fébrile (37°8) mis sur le compte d'une congestion de la base du poumon droit.

Le matin du 6e jour douleur abdominale très brutale, le malade se tord dans son lit, il est à peine calmé par la morphine. Pouls 120. Dans l'après-midi un vomissement, arrêt des gaz et des matières. Le malade est vu dans la soirée, bon état général, les contractions péristaltiques sont tellement apparentes et violentes que l'intervention immédiate est décidée.

Désunion de la cicatrice, une anse très distendue apparaît qu'il est possible d'attirer dans la plaie. Il s'agit d'une anse iléale, et en la dévidant on aperçoit qu'à 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale l'intestin est coudé en canon de fusil, les deux portions de l'anse étant accolées par une fausse membrane que l'on détache très facilement. Sitôt l'obstacle levé les matières reprennent leur cours normal. Un drain est placé dans le petit bassin. Suites opératoires très simples, guérison. Seize jours après cette 2e intervention le malade quitte la clinique.

Obs. IX (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gourdet (résumée).

Jeune fille de 18 ans, appendicite gangréneuse opérée dans les quarante-huit premières heures. Après l'intervention l'état général s'améliore, mais la température ne tombe pas complètement.

Au 6e jour signes d'occlusion mécanique. Laparotomie médiane. On trouve, à gauche, un amas d'anses grêles agglutinées et limitant un abcès qu'on ouvre. Au cours des manœuvres pour libérer l'intestin une anse est déchirée, entérostomie sur cette déchirure. Suites opératoires mouvementées mais la malade guérit; le transit intestinal normal se rétablit et on pratique une entérorraphie secondaire pour fermer la fistule.

Obs. X (inédite), due à l'obligeance de M. le Dr Gaudin (résumée).

Nous joindrons aux observations inédites déjà citées un autre cas typique d'ileus mécanique post-appendiculaire, mais cette fois les accidents d'occlusion ont cédé sans intervention.

Enfant L..., de Nantes, 12 ans, appendicite aiguë opérée dans les premières vingt-quatre heures. Liquide abondant et appendice déjà sur le point de se perforer. Appendicectomie. Pas de drainage. Suites opératoires normales. Purge et selle le 4e jour. Cependant, depuis l'intervention, léger mouvement fébrile aux environ de 38°.

Au 13e jour, coliques violentes dans le ventre, température 38°2, pouls 124. Pas de selles ni de gaz pendant vingt-quatre heures. Le ventre est douloureux, les anses se dessinent légèrement.

Belladone qui pendant la nuit calme un peu les douleurs. Le lendemain matin les douleurs cessent brusquement et dans la soirée selles normales. La température tombe brusquement. Guérison.

L'enfant qu'on suit depuis un an présente un fonctionnement intestinal parfait.

Observations relevées dans la littérature médicale des vingt-cinq dernières années.

Obs. XI. — Auvray, communication *Soc. chir. Paris*, 1924, occlusion à allure chronique avec intermittences; magma d'adhérences au milieu desquelles le grêle est coudé en canon de fusil. Libération difficile. Guérison.

Obs. XII. — Auvray (*id*). Occlusion huit jours après l'appendicectomie. Laparotomie médiane. Une anse s'est étranglée sous une bride épiploïque adhérente au bord gauche du bassin, résection. Guérison.

Obs. XIII. — Bérard de Lyon. *Bulletin médical*, 25 mars 1902.

Occlusion mécanique précoce de mécanisme complexe. Une adhérence iléon arcade de Fallope, une coudure de l'intestin grêle et un volvulus de la fin de l'iléon.

Obs. XIV. — Bouglé. *Gaz. des Hôp.*, 1900.

Occlusion mécanique précoce. Les anses sont agglutinées. Dissociation. Mort.

Obs. XV. — Broca (leçons cliniques).

Occlusion mécanique. Laparotomie médiane. On trouve

des adhérences nombreuses qu'on lève. Mort rapide par péritonite suraiguë.

Obs. XVI. — Chichko. *Journal de chir.*, 1912.

Au 15e jour d'une crise appendiculaire ouverture de l'abcès mais sans appendicectomie. Trois jours après occlusion mécanique. L'intervention montre une coudure de l'intestin à la limite du jéjunum et de l'iléon et adhérences à la paroi de l'abcès. Essai de libération. Mort.

Obs. XVII. — Chichko (*id.*).

Volvulus du grêle et adhérences. Libération. Iléostomie. Mort.

Obs. XVIII. — R. Dupont. *Paris chirurgical*, 1921, p. 13.

Occlusion précoce par brides, section de ces brides. Guérison.

Obs. XIX. — Gaudin, in *Thèse Paris*, 1913.

Occlusion mécanique par abcès entourant le cœcum et créant l'obstruction par adossement des parois de l'intestin.

Obs. XX. — Gayet. *Soc. chir. de Lyon*, 18 janvier 1912.

Obs. XXI. — Mlle Gordon, *Thèse Paris*, 1896-1897.

Brides nombreuses qu'on essaye de sectionner. Mort.

Obs. XXII. — Grouew, in *Thèse Paris*, 1906.

Adhérences multiples. Libération. Mort.

Obs. XXIII. — H. Haeckel, 1907, cité *in Thèse Lamy*.

Occlusion mécanique d'origine appendiculaire. Laparotomie médiane. On trouve un paquet d'intestin adhérent qu'on

cherche à dissocier. Au cours de cette libération on ouvre un abcès et la dissociation ne pouvant être terminée on pratique une entérostomie. Mort le lendemain par péritonite.

Obs. XXIV. — Haeckel (*id*).

Occlusion mécanique d'origine appendiculaire. Anses agglomérées au niveau de la ligne cimominée entourant un abcès qu'on juge septique. On anastomose simplement la dernière anse grêle distandue au transverse. Guérison, l'abcès se résorbe.

Obs. XXV. — Harrigan de New-York, cité in *Journal de Chir.*, 1919, p. 664.

Appendicite gangréneuse. Quelques jours après occlusion intestinale. Coudure de l'iléon à 20 centimètres du cœcum. Section de nombreuses adhérences. Entérostomie sur le segment sus-jacent. Mort.

Obs. XXVI. — Harrigan (*id.*).

Appendicite aiguë. Incision d'abcès iliaque. L'appendice n'est pas enlevé. Au 5e jour obstruction qui va en s'accentuant. Au 20e jour opération. Section de quelques brides et iléocolostomie transverse. Guérison.

Obs. XXVII. — Harrigan (*id.*).

Appendicectomie. Au 4e jour accidents d'occlusion. Section d'une adhérence entre l'épiploon et le cœcum. Guérison.

Obs. XXVIII et Obs. XXIX. — Hawkes de New-York, in *Journal de chir.*, 1909, p. 559.

Deux cas d'occlusion mécanique d'origine appendiculaire précoces. Laparotomie, section d'une adhérence. Guérison.

Obs. XXX. — Kirmisson. *Soc. chir. Paris*, 1901.

Occlusion mécanique par adhérences multiples. Libération difficile. Mort.

Obs. XXXI. — A.-P. Krymoff. *Société de chir. de Moscou*, 1910.

Obs. XXXII. — Observations rapportées in *thèse Gaudin.*

Occlusion par l'appendice lui-même. Résection intestinale. Mort.

Obs. XXXIII. — Lapeyre de Tours. *Congrès de chir.*, 1903.

Etranglement d'une anse grêle écrasée par l'appendice.

Obs. XXIV. — Lenormant, *Presse Médicale*, 1911.

Depuis l'intervention pour appendicite suppurée poussées fébriles. Amaigrissement. Occlusion. Intervention : l'incision médiane montre des adhérences du foyer appendiculaire et 3 coudures angulaires qu'on libère. Anus cœcal par la cicatrice appendiculaire. Guérison. Fermeture secondaire de l'anus.

Obs. XXXV. — Lepine, in *Thèse Lamy.*

Obs. XXXVI. — Marion. *Gaz. des Hôp.*, 1900.

Occlusion précoce. L'intestin est divisé par des brides et des coudures en une série de segments isolés les uns des autres et s'étant remplis pour leur propre compte. Une entérostomie est pratiquée sur un de ces segments qui ne peut vider les segments voisins. Mort.

Obs. XXXVII. — Martin d'Angers, in *Thèse Lamy*, Paris, 1908.

Laparotomie médiane. Les anses son très adhérentes, essai de libération. Mort rapide par péritonite.

Obs. XXXVIII. — Marshall, in *Thèse Gaudin.*
Occlusion par l'appendice.

Obs. XXXIX. — Mathieu, *Soc. chir Paris*, 1924.
Appendicite chronique datant de trois ans. Appendicectomie. Dans les jours suivants occlusion par bride. Résection de la bride. Guérison.

Obs. XL. — Mathieu (*id*).
Crise appendiculaire s'accompagnant de symptômes d'occlusion mécanique. On n'opère qu'au 6e jour. Nombreuses coudures et adhérences très difficiles à libérer. Guérison après suites opératoires mouvementées.

Obs. XLI. — Appendicite pelvienne aiguë. Trois semaines après, alors que la suppuration persiste, signes d'occlusion mécanique. Laparotomie médiane. Nombreuses adhérences et cordes épiploïques qu'on supprime. L'état ne s'améliore guère qu'au bout d'un mois.

Obs. XLII. — Négrié de Rochefort. *Soc. chir. Paris*, 1924.
Depuis dix jours crises appendiculaires se compliquant au 8e jour d'occlusion intestinale. Laparotomie médiane. Les anses grêles se sont engagées sous une bride unissant le cœcum à la fosse iliaque. On ouvre un abcès rétro-cœcal. On termine par une entérostomie. A la 5e semaine selles normales. Au bout de cinq mois on ferme l'anus artificiel.

Obs. XLIII. — Nové Josserand. *Revue de chir.*, 1907, p. 150.

Occlusion intestinale quelques jours après l'ouverture d'un abcès appendiculaire. Entérostomie fosse iliaque gauche. Guérison puis fermeture de la fistule par entérorraphie latérale.

Obs. XLIV. — Oudard de Toulon, *Soc. chir. Paris*, 1924. Appendicectomie et froid. Occlusion aiguë primitive.

Obs. XLV. — Oudard (*id.*).

Appendicectomie à froid. Occlusion progressive, complète au 9e jour. Masse d'adhérences unissant l'épiploon enflammé, la portion terminale de l'iléon et le cœcum. Libération difficile et entéro-anastomose latéro-latérale (iléon et côlon descendant), mort dix-huit heures après.

Obs. XLVI. — Oudard (*id.*).

Appendicectomie pour péritonite appendiculaire. Au 12e jour occlusion aiguë. Laparotomie. Masse d'adhérences qu'on n'essaie pas de libérer. On entérostomise par la cicatrice. Les selles normales réapparaissent au 10e jour. L'anus se ferme seul. Le malade est suivi depuis deux ans et n'a présenté aucun signe d'occlusion chronique.

Obs. XLVII. — Rayner de Manchester, *British medical journal*, mai 1924.

Au 5e jour d'une crise appendiculaire ablation d'un appendice rétro-mésentérique. Quatre jours plus tard occlusion mécanique. Laparotomie. Angulation sur un ligament iléal-iléocolostomie tranverse. Guérison.

Obs. XLVIII. — Rayner (*id.*).

Occlusion coexistant avec la crise. Une anse iléale est fixée contre la paroi pelvienne. Libération de l'anse. Guérison.

Obs. XLIX. — Roux Berger, *Soc. chir. Paris*, 1924.

Occlusion trois semaines après l'appendicectomie. Anses adhérentes qu'on ne peut finir de libérer. Iléostomie. Fermeture de l'anus mouvementée nécessite plusieurs laparotomies.

Obs. L. — Roux Berger, *Journal de chir.*, 1913.

Appendicite pelvienne aiguë. 4e jour après l'appendicectomie, occlusion. Iléostomie. Dans un 2e temps résection de l'anus et anastomose bout à bout.

Obs. LI. — Roux Berger (*id.*).

Iléostomie trop tardive. Mort.

Obs. LII. — Roux Berger (*id.*).

6e jour occlusion. Iléon adhérent à toute la zone préalablement occupée par l'appendice. Essai de libération. Mort.

Obs. LIII et LIV. — Observations d'auteurs anglais rapportées in *Revue de chir.*, 1911, p. 276.

Obs. LV. — Sauvé, *Soc. chir. Paris*, 1924.

Fistule cœcale. Guérison. Le transit intestinal se rétablit sans autre intervention.

Obs. LVI. — Sauvé (*id.*).

Occlusion par bride (appendice adhérent à la trompe) résection de cette bride. Guérison.

Obs. LVII. — Savariaud, *Soc. chir. Paris*, 1924.

5 cas d'occlusion mécanique précoce.

3 cas après appendicectomie à chaud (10e, 19e, 30e jour).

2 cas au cours de la crise.

Dans 3 cas l'occlusion était due à des brides qui furent sectionnées, les malades guérirent.

Dans les 2 autres adhérences larges, agglutinations intestinales, les malades meurent.

Obs. LVIII. — Stulz de Strasbourg, *Soc. chir. Paris*, 1924.

Occlusion douze jours après l'appendicectomie. Adhérence entre l'iléon et le fond du cœcum. Décollement de l'adhérence. Guérison.

CONCLUSIONS

L'ileus mécanique précoce d'origine appendiculaire forme environ les 2/3 des cas d'ileus mécaniques relevant de l'appendicite.

Il survient en général du 5e au 8e jour après la crise.

Il se distingue des ileus tardifs par :

Son anatomie pathologique il est causé le plus souvent par des agglutinations, des adhérences, des brides molles, encore microbiennes qui pourront en grande partie se résorber.

Son mécanisme qui est souvent celui de l'engouement ou de l'étranglement herniaire.

Sa symptomatologie ne diffère pas de celle des occlusions tardives de même nature.

Le diagnotic étiologique est facile, la crise appendiculaire étant récente.

Le traitement est commandé par :

L'état général déficient du malade;

La notion de septicité de la cavité péritonéale;

La possibilité de résorption des brides et adhérences;

La mortalité énorme des opérations importantes (84 %).

Nous concluons donc :

Si le malade a un bon état général, laparotomie (Jalaguier) et recherche des causes de l'occlusion :

S'il s'agit d'un volvulus, de brides simples, d'adhérences peu nombreuses, section des agents d'occlusion et reposition rapides de l'intestin.

Les décollements d'adhérences étendus, l'entérectomie ne devront jamais être entrepris. L'entéro-anastomose elle-même est dangereuse, il faut recourir à l'*entérostomie.*

Si l'état général laisse àdésirer : Pratiquer de suite l'entérostomie.

Le transit intestinal normal se rétablit par la suite sans autre intervention et l'entérostomie, non seulement palliative mais curative, ne devra plus être considérée comme un pis aller mais souvent constituera un traitement de choix.

Vu, le Président de la thèse
LECÈNE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Arné. — « Occlusion intestinale au cours de l'appendicite ». *Thèse de Bordeaux*, 1908.

Auvray. — *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, 1924.

Bérard et Vignard. — « L'appendicite », Lyon, 1914.

Bouglé. — *Gazette des Hôpitaux*, 1900, obs.

Broca. — Leçons cliniques, obs.

Carayon. — *Thèse Lyon*, 1903-1904.

Chichko (L.-P.). — « Travaux de la clinique de chirurgie du professeur Oppel », in *Journal de Chirurgie*, 1912, obs.

Duchaussoy. — Occlusion intestinale. Statistique présentée à l'Académie de Médecine, 1859.

Folliot. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. *Thèse de Bordeaux*, 1904-1905.

Gaudin (P.). — Occlusions mécaniques d'origine appendiculaire. *Thèse de Paris*, 1913-1914.

Gayet. — *Lyon Chirurgical*, janvier 1912, obs.

Gordon (M^lle^). — *Thèse Paris*, 1896-1897, obs.

Grouew. — Des occlusions intestinales appendiculaires. *Thèse Paris*, 1905-1906.

Haeckel. — 1907, in *Thèse Lamy*, obs.

Harrigan. — In *Journal de Chirurgie de Paris*, 1919, p. 664, obs.

Hawkes. — In *Journal de Chirurgie de Paris*, 1909, p. 559, obs.

Jemtel. — *Province médicale*, 1^er^ mars 1913, obs.

Kirmisson. — Société de chirurgie de Paris, 1901.

KORTE. — *Archives f. chirurgie de Berlin*, 1914.

KRYMOFF (A. P.). — Société de chirurgie de Moscou, 1910, obs.

LAMY. — Occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. *Thèse Paris*, 1907-1908.

LAPEYRE. — Congrès de chirurgie, 1903, obs.

LENORMANT. — *Presse Médicale*, 24 juin 1911, obs.

MARION. — Appendicite et occlusion intestinale. *Gazette des Hôpitaux*, 24 novembre 1900, obs.

MARTIN (d'Angers). — In *Thèse Lamy*, obs.

MATHIEU. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1924, obs.

NEGRIÉ. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1924, obs.

OUDARD. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1924, obs.

RAYNER. — Appendicite aiguë et obstruction intestinale. *The British medical journal*, mai 1924, obs.

ROUX BERGER. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1924, obs.

— *Journal de chirurgie*, 1913, p. 98, obs.

SAUVÉ. — *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1924, obs.

SAVARIAUD. — *Id.*, obs.

VIGNAUD. — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique. *Thèse Paris*, 1900.

LE DOYEN : **M. ROGER**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	LÉON BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.

Clinique thérapeutique chirurgicale ..... DUVAL.
Clinique propédeutique ..... SERGENT.
Professeurs sans chaire ..... ROUVIERE. BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI ..... Pathologie médicale.
AUBERTIN ..... Pathologie médicale.
BASSET ..... Pathologie chirurgicale.
BASSET ..... Pathologie médicale.
BAUDOUIN ..... Physiologie.
BINET ..... Chimie biologique
BLANCHETIERE ..... Pathologie médicale.
BRULE ..... Pathologie chirurgicale.
CADENAT ..... Histologie.
CHAMPY ..... Pathologie médicale.
CHIRAY ..... Pathologie médicale.
CLERC ..... Hygiène.
DEBRE ..... Anatomie pathologique.
I. DE JONG ..... Médecine légale.
DUVOIR ..... Obstétrique.
ECALLE ..... Pathologie médicale.
FIESSINGER ..... Pathologie médicale.
FOIX ..... Obstétrique.
GARNIER ..... Pathologie expérimentale.
HARVIER ..... Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER ..... Urologie.
HOVELACQUE ..... Anatomie.
JOYEUX ..... Parasitologie.
LABBE (HENRI) ..... Chimie biologique.
LARDENNOIS ..... Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE ..... Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL ..... Obstétrique.
LHERMITTE ..... Pathologie mentale.
LIAN ..... Pathologie médicale.
MATHIEU ..... Pathologie chirurgicale.
METZGER ..... Obstétrique.
MONDOR ..... Pathologie chirurgicale.
MOURE ..... Pathologie chirurgicale.
MULON ..... Histologie.
PHILIBERT ..... Bactériologie.
RICHET FILS ..... Physiologie.
VAUDESCAL ..... Obstétrique.
VERNE ..... Histologie.
VELTER ..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE
A TITRE PERMANENT

MM.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULET	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Contribution à l'Etude de la Lèpre

LÉSIONS DITES OTORHINOLARYNGOLOGIQUES